

N^o 37.

DU

TORTICOLIS FONCTIONNEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1883

Par Camille NÈGRE

Chirurgien-Interne à l'Asile public d'Aliénés de Montpellier (Concours 1882).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE. — ÉDITEURS DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚..... DOYEN
 CASTAN } ASSESSEURS
 COMBAL ☼ }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doy. Ho.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATILLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ☼.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	BLAISE.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, président;
 BERTIN, professeur;
 ROUSTAN, agrégé;
 BLAISE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A Monsieur Camille PRADES

Docteur en Médecine à Labruguière (Tarn).

A TOUS MES PARENTS

C NÈGRE.

A Monsieur le Docteur CAVALIER

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales,
Médecin en chef de l'Asile public d'Aliénés,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur MAIRET

Professeur Agrégé.
Médecin adjoint de l'Asile public d'Aliénés.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

C. NÈGRE.

INTRODUCTION.

Au mois de mai dernier, entré à l'hôpital Saint-Éloi un malade atteint d'une contraction continue du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. M. le Professeur Dubrueil avait alors le service de chirurgie ; il porta le diagnostic de spasme fonctionnel et institua un traitement dont l'hydrothérapie et l'électricité formaient la base.

Un mois après, le malade paraissait à peu près guéri, et, nous l'avouons, nous fûmes surpris de cet heureux résultat. Nous avons déjà lu dans les auteurs classiques la crampe des écrivains ; il nous parut intéressant de reprendre cette étude plus au long et d'en rapprocher notre observation. Ce sera le sujet de ce modeste travail.

Nous ne décrivons pas la névrose dite *crampe des écrivains*, mais un cas de névrose de ce genre, tout en rapprochant de la cause la manifestation extérieure qui nous a paru être un effet.

M. le Professeur Dubrueil nous a indiqué les sources auxquelles nous pouvions puiser les documents qui nous étaient nécessaires ; nous lui adressons nos remerciements.

Merci aussi à notre Collègue et ami M. Pilatte, qui a bien voulu nous aider dans l'interprétation des textes anglais.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553810_0090



DU

TORTICOLIS FONCTIONNEL



Duchenne (de Boulogne) ¹ appelle « *Spasme et impotence musculaire fonctionnels*, des affections caractérisées, soit par des contractions continues, douloureuses ou indolentes, soit par des contractions cloniques ou des tremblements, soit enfin par une impotence qui se manifeste seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs et se localisent dans quelques-uns des muscles entrant alors synergiquement en action ».

M. Grasset, dans son livre sur les *Maladies du Système nerveux* ², ne cache pas ses préférences pour la dénomination d'*impotence fonctionnelle*, qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie ; mais nous ne nous attarderons pas à discuter une définition qui, pour être un peu longue, ne nous en paraît pas moins assez claire et assez précise.

Le spasme fonctionnel peut établir son siège dans toutes les régions, affecter tous les muscles.

L'histoire du torticollis spasmodique, sans en être tout à fait à son enfance, n'est pas encore bien vieille. Avant Duchenne (de Boulogne), les Allemands avaient décrit la crampe des écrivains ; mais c'est au *Traité de l'électrisation localisée*, de l'auteur français, que l'étude de cette maladie doit la place qu'elle a prise dans le cadre nosologique des ouvrages classiques. Pour

¹ Traité de l'électrisation localisée, pag. 1021.

² Pag. 412.

prouver l'individualité du spasme fonctionnel, il fallait des observations ; on en recueillit un nombre suffisant, mais le diagnostic de cas de spasme du sterno-cléido-mastoïdien était des plus difficiles. Plus d'une fois, il y eut des erreurs commises sur sa nature, et ces erreurs égarèrent longtemps les médecins, loin de la voie d'un traitement logique et rationnel. De nos jours seulement, et grâce aux travaux d'Erb en Allemagne, de McLane-Hamilton à New-York, d'Annandale en Angleterre, de Ormsby à Dublin, de Duchenne (de Boulogne), de Gallard, de Tillaux, en France, etc., etc., on a été conduit à accorder une part plus grande aux lésions fonctionnelles du spinal dans l'étude de cette maladie. Nous croyons à la réalité de cette pathogénie ; aussi, sans aller plus loin, rappellerons-nous les données anatomiques et physiologiques de ce nerf ; elles nous serviront, de concert avec la physiologie pathologique, à étayer notre diagnostic sur des bases plus sûres et à justifier les divers modes de traitement auxquels nous nous arrêterons.

ANATOMIE.

Le nerf spinal, onzième paire de la classification de Soëmmering, troisième portion de la huitième paire de Willis, est un nerf essentiellement moteur. Il a deux origines : une rachidienne et une bulbaire. Ces deux racines cheminent séparément jusqu'au trou déchiré postérieur, où elles s'accolent pour se séparer bientôt après en deux branches : une branche interne et une branche externe. La branche externe descend sur la face postérieure de la glande parotide et vient innerver les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze. La branche interne s'unit au ganglion plexiforme du pneumogastrique pour aller former les nerfs récurrents et innerver les muscles du larynx et du pharynx.

Comme on le voit, le nerf spinal est formé par la réunion de deux racines nerveuses dont les branches conservent assez d'indépendance pour qu'on puisse les étudier séparément ; c'est ce que nous allons faire. Nous commencerons par la branche externe.

Cette branche a une origine médullaire ; ses filets, au nombre de six ou sept, partent des cornes antérieures de la substance grise et traversent le cordon latéral pour sortir entre les racines des nerfs postérieurs de la moelle et le ligament dentelé. Le dernier filet est au niveau du cinquième nerf cervical ; les autres sont bifides, quelques-uns même trifides ; ils se dirigent tous en haut, d'autant plus obliques qu'ils sont plus éloignés de la base du crâne. De leur réunion naît un tronc commun qui, après avoir pénétré dans le crâne, se dirige en avant et un peu en dehors pour gagner le trou déchiré postérieur. Là, il s'accole à la branche interne pour passer dans la même gaine que le pneumogastrique, en avant de la veine jugulaire interne. Aussitôt après avoir traversé le trou déchiré postérieur, les deux branches du spinal se séparent de nouveau ; l'externe continue son chemin, longe la face postérieure de la glande parotide, traverse le muscle sterno-cléido-mastoïdien dans son tiers moyen, et pénètre dans le creux sous-claviculaire, pour se retourner en arrière et gagner la face antérieure du trapèze, où elle se termine. Au moment où cette racine médullaire croise à angle droit les racines postérieures des nerfs rachidiens, elle reçoit d'eux et leur envoie quelques filets, mais c'est surtout avec les trois ou quatre premiers nerfs cervicaux que ses anastomoses sont considérables dans l'épaisseur des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze.

La branche interne est d'origine bulbaire ; ses filets, au nombre de quatre ou cinq, cheminent d'abord entre le faisceau latéral et les cornes postérieures ; ils vont ensuite se perdre au niveau du bec du calamus scriptorius, en dehors et au-dessous du noyau d'origine du grand hypoglosse.

Ces filets se réunissent à peu de distance du faisceau intermédiaire, et, comme nous l'avons déjà vu, viennent s'unir dans le trou déchiré postérieur à la branche externe, pour s'en séparer bientôt et former un tronc spécial, la branche interne. Celle-ci s'accole au ganglion plexiforme du pneumogastrique, se porte en bas et en dedans, et ne tarde pas à se subdiviser en deux rameaux : l'un supérieur, qui s'unit au rameau pharyngien du pneumogastrique et se ramifie dans les muscles du pharynx ; l'autre inférieur, qui descend du côté externe, puis, à l'entrée du thorax, va parti-

ciper à la formation du nerf récurrent. Nous verrons du reste tout à l'heure la part qu'on doit accorder aux fibres venues du pneumogastrique et du spinal dans la formation des nerfs qui président aux mouvements des muscles laryngés et pharyngiens.

En résumé, le nerf spinal se termine dans deux régions différentes. Par sa branche interne, il portera l'influx nerveux dans les muscles du larynx et du pharynx, et par sa branche externe dans le sterno-cléido-mastoidien et le trapèze.

Voyons maintenant son action physiologique.

PHYSIOLOGIE.

Le plan que nous suivrons dans l'étude de l'action physiologique du spinal sera celui que nous avons suivi dans celle de son anatomie. Nous verrons d'abord l'action d'ensemble de ces deux branches, pour passer ensuite à l'étude particulière de chacune d'elles.

La façon la plus simple de constater les effets physiologiques dus à l'action d'une branche nerveuse consiste à découvrir cette dernière, à la couper aussi près qu'on le peut de sa racine, et à examiner ensuite quels sont les changements survenus dans les fonctions à l'accomplissement desquelles préside normalement le nerf sectionné. On peut faire la contre-épreuve de son expérience en excitant le bout périphérique. Intervertissons cet ordre. Lorsqu'on soumet le spinal aux excitants mécaniques ou galvaniques, on voit survenir des contractions et des convulsions dans les muscles du larynx, dans les constricteurs du pharynx, dans le sterno-cléido-mastoidien, et dans le trapèze. C'est donc bien un nerf moteur.

Bischoff était arrivé à ces résultats en 1832 ; il établissait à cette époque la distinction entre la sensibilité du pneumogastrique et la motilité du spinal. Ch. Bell avait déjà, en 1881, séparé les nerfs de *sentiment* des nerfs de *volonté* ; la voie était ouverte aux expérimentateurs. Claude Bernard se mit à l'œuvre. Il modifia le mode opératoire de section du spinal afin de pouvoir arriver jusqu'aux racines, et il fut assez heureux pour pouvoir

arracher même ces dernières sans faire mourir les animaux sur lesquels il expérimentait; — son premier travail établit la différence d'action des branches du spinal. — « Quand on divise ¹, dit-il, les filets inférieurs des deux spinaux jusques un peu au-dessus du niveau de la première paire rachidienne, la voix n'est pas abolie. »

Elle l'est lorsqu'on divise la branche supérieure; cette branche interne préside donc à la phonation. Pour prouver ces données de physiologie, il établit une série d'expériences qui durèrent environ deux ans (1842 et 1843). Le premier sujet sur lequel il expérimenta était un chat. On sait combien ces animaux poussent de miaulements aussitôt qu'on les frappe. Cl. Bernard sectionna les deux branches internes du spinal, et aussitôt les cris cessèrent, malgré la persistance de la douleur; l'embarras de l'appareil glottique fut le seul phénomène observé. Mais le 11 mars 1843, Cl. Bernard, ayant repris les expériences sur un surmulot, observa de plus des troubles de la déglutition. Lorsque l'animal mangeait tranquillement, on n'observait rien d'anormal; mais venait-on à le déranger, à lui faire peur, aussitôt les troubles de la déglutition devenaient manifestes. Après quelques mouvements forcés d'expiration, tout rentrait dans l'ordre; la santé générale du surmulot demeurait du reste excellente. La vivisection devait donner la raison de ces troubles physiologiques. Cl. Bernard coupait alors le cartilage thyroïde de façon à pouvoir examiner de l'œil les cordes vocales: elles se montrèrent toujours avec leur couleur normale et la glotte dilatée pouvait bien se resserrer, mais les cordes vocales n'étaient plus tendues comme elles le sont dans l'acte de la phonation. Cette fonction est donc sous la dépendance des nerfs spinaux. L'excitation du pneumogastrique donne des résultats nouveaux: les cordes vocales se tendent et la glotte se resserre; ce dernier nerf préside aux phénomènes respiratoires.

Restent les troubles de la déglutition. Or, on sait que cette fonction est le résultat d'une série de mouvements qui s'exécutent non seulement dans le pharynx mais aussi dans le larynx. Au moment où le bol alimentaire traverse l'orifice pharyngé, les muscles constricteurs, en se contractant,

¹ Leçons sur la physiologie et la pathologie du Système nerveux, tom. II.

compriment et élèvent à la fois l'orifice glottique, de façon à ce que l'épiglotte n'ait pas de peine à l'obturer hermétiquement. Nous avons vu, de plus, que ce muscle est innervé par la branche interne du spinal : la paralysie des muscles suivra donc la section de ce nerf. Comme conséquence, le larynx ne sera plus resserré, et il pourra se faire que le bol alimentaire passe dans la glotte, ce qui arrive surtout lorsque l'animal est troublé pendant son repas. Nous l'avons vu, la résection de la branche externe du spinal ne produit pas de troubles du côté de la parole, preuve de l'indépendance des deux branches que nous avons établie dans notre étude anatomique.

Le sterno-mastoïdien et le trapèze recevant des nerfs de deux sources différentes, il nous reste à voir si ces nerfs remplissent les mêmes fonctions, et, si leur action est différente, quelle est celle qui appartient au spinal. Willis s'occupa le premier de cette question ; il prétendit que le spinal préside aux mouvements involontaires et les nerfs cervicaux aux mouvements volontaires du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien ; mais ces données n'ont pas été prouvées par l'observation.

Ch. Bell se rapprochait de la vérité lorsqu'il donna à la branche externe du nerf spinal le nom de *nerf respiratoire supérieur du tronc*, mais ses conclusions manquent encore de clarté. — Il était réservé au talent de Cl. Bernard d'éclaircir ce sujet encore obscur ; il l'a fait dans son remarquable Mémoire sur le Spinal, qu'il termine en disant : « Lorsque le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien se contractent sous l'influence des nerfs spinaux, ils ralentissent le mouvement d'expiration ». — « Quoique dans le larynx la respiration et la phonation semblent anatomiquement confondues parce qu'elles s'accomplissent dans un même appareil, elles sont sous une influence nerveuse différente. »

D'après ce qui précède, il est évident pour nous qu'une lésion quelconque du nerf spinal peut amener des troubles de la phonation et de la déglutition. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi ; mais si nous trouvons ces symptômes, nous serons fondé à croire que le mal a sa source dans une lésion nerveuse, lésion du reste qui peut être sous la dépendance d'une irritabilité périphérique ou centrale.

L'observation qui nous a servi de base dans la confection de ce travail en est un exemple. Nous la ferons suivre de quelques autres recueillies par nous à grand'peine dans les auteurs français et étrangers. Après quoi, nous passerons à l'étude générale de l'affection qui nous occupe.

PREMIÈRE OBSERVATION (personnelle).

M. X..., François, âgé de 30 ans, célibataire, secrétaire de mairie dans le département de l'Aveyron, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 2 mai 1883.

Ce malade a fait ses études primaires chez les frères des Écoles chrétiennes à Saint-Affrique ; il en sortit pour entrer chez un avoué en qualité de clerc employé aux écritures, à l'âge de 14 ans. — Doué d'une bonne intelligence, d'un caractère ardent, plein d'activité, il put, le jour où il abandonna sa place, être reçu comme employé à la Recette particulière. Plus tard, il entra dans l'Administration des ponts et chaussées, toujours en qualité de scribe, et il attendit là son appel sous les drapeaux. — Il subit la loi dans toute sa rigueur, fit quatre ans et demi de service militaire en Afrique et ne revint en France qu'à l'âge de 26 ans. — Aussitôt rentré dans sa famille, il obtint son admission dans les bureaux de la perception de Saint-Affrique, et, au mois de mars 1881, on le jugea capable de remplir les fonctions de secrétaire à la mairie de son arrondissement, d'où il est venu pour demander des soins médicaux à la Faculté de Montpellier.

Le contingent pathologique de notre malade n'est pas très considérable : — A l'âge de 10 mois, il eut des croûtes de lait qui s'effacèrent assez vite ; — il n'eut pas de convulsions nerveuses dans son enfance. A 9, ans il eut un mal aux yeux, et quelques mois après il fut frappé d'une pleurésie du côté gauche, pleurésie qui n'a pas laissé de traces. C'était tout ; et de sa vie il n'avait plus été malade, lorsqu'en Algérie, à l'âge de 23 ans, il fut atteint de fièvres intermittentes qui durèrent quatre ou cinq mois et firent place à une convalescence longue et pénible. — Encore aujourd'hui, M. X... se sent pris de frissons et de sueurs qui semblent revenir périodiquement tous les mois, mais disparaissent très vite.

Une anémie considérable fut la conséquence inévitable de la première

atteinte ; le malade ne retrouva son appétit habituel qu'avec beaucoup de peine ; il était très affaibli et en proie à une surexcitation nerveuse très grande. — Cet état névrosique n'avait même pas entièrement disparu lorsqu'il rentra dans ses foyers.

Au mois de juillet 1880, il fut envoyé à Roquefort pour suppléer à la vacance d'une perception ; ce pays est froid, même au milieu de l'été, à plus forte raison au creux de l'hiver, et le malade fut contraint d'y rester jusqu'au mois de février ; l'hiver fut en outre très pluvieux, et le malade raconte que, le soir venu, lorsqu'il se couchait, il sentait l'humidité qui avait pénétré ses draps de lit. Toutes ces causes ne firent qu'augmenter l'état de surexcitation nerveuse dans lequel il se trouvait ; son caractère, assez vif d'habitude, devint plus irritable encore ; M. X... s'emportait à la moindre des contrariétés, et depuis lors son état, loin de s'améliorer, alla en déclinant. — Au mois de février 1882, il fut pris, sans cause apparente, d'une extinction de voix complète et sans douleur ; c'est à peine s'il avait la sensation d'une gêne, assez peu marquée du reste, dans le jeu musculaire de son larynx. — Cette extinction de voix fut si considérable qu'il ne pouvait même pas parler à voix basse ; cet état là durait cinq ou six minutes, pour disparaître ensuite. — M. X... eut trois ou quatre attaques de cette nature dans l'espace de trois jours. — Un vomitif sembla les avoir fait disparaître.

Mais, au mois d'octobre, le mal reparut plus violent que jamais et les vomitifs furent sans action aucune. — Le médecin eut alors recours à l'hydrothérapie, qui donna de bons résultats. Ces troubles de la phonation disparurent, pour ne plus reparaitre. L'excitation névrosique était restée la même. Vers le 15 janvier 1883, le malade fut pris d'une vive douleur au front ; ses yeux se fermaient convulsivement et il sentait des fourmillements dans les sourcils. — Il ne put bientôt plus fixer les objets ; la lecture devint impossible au bout de trois ou quatre jours. A cette époque, il s'aperçut que de temps à autre, et contre sa volonté, sa tête se tournait du côté gauche ; au début, ces spasmes étaient assez rares, deux ou trois dans la journée ; mais bientôt ils devinrent plus nombreux et M. X... se vit obligé d'abandonner son travail.

En même temps que ces troubles du côté des muscles de la face et du cou, il éprouva des symptômes choréiques dans tout son corps ; ses mains tremblaient et il ne pouvait saisir avec sûreté les objets qui se trouvaient à sa portée. Cet état eut une période d'accroissement ; mais les symptômes alarmants disparurent au bout d'un mois et demi d'un traitement rigoureux et régulier, par le fer, le quinquina et l'hydrothérapie. Malheureusement, lorsque les symptômes choréiques eurent disparu, le malade avait certains muscles du cou contracturés, et c'est dans cet état qu'il s'est présenté à l'hôpital. — La tête était déviée à gauche, le menton porté au niveau du tiers interne de la clavicule de ce côté. — Le muscle sterno-cléido-mastoidien du côté droit était visiblement contracturé, et son bord antérieur, rigide comme une corde tendue, faisait une saillie perpendiculaire sur le même plan vertical que la joue droite tournée en avant. — A la palpation, on sentait aussi la contraction du trapèze du même côté. Il n'y avait rien d'anormal du côté de la peau ; pas de douleur bien nette ; à peine si le malade accusait quelques fourmillements du côté de la nuque, au niveau des insertions musculaires ; l'état général paraissait excellent. — Une chose à noter, c'est que le malade ne pouvait se coucher sur le côté gauche. — Après avoir interrogé le malade, M. Dubrueil porta le diagnostic de spasme fonctionnel et établit un traitement en conséquence. — On ordonna au malade de prendre 2 gram. de bromure par jour, une douche générale tous les deux jours, et, comme l'électricité n'avait pas encore été essayée, on y eut recours. — M. Regimbeau, qui a soigné le malade, nous a remis une Note à ce sujet ; nous la consignerons dans le chapitre du Traitement.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable s'était déjà produite chez le malade avant la fin du mois de mai. — Le malade a quitté l'Établissement dans la seconde quinzaine de juin, sinon totalement guéri, du moins dans un état au moins bien rassurant pour l'avenir.

Nous ne l'avons pas laissé partir sans l'avoir interrogé avec soin et à plusieurs reprises sur ses antécédents héréditaires. — Néanmoins, nous n'avons pas découvert grand'chose d'intéressant. — Son père est un homme vigoureux, de 64 ans, qui s'est toujours très bien porté. — Sa

mère, âgée de 61 ans, aurait eu dans sa jeunesse quelques douleurs rhumatismales qui n'auraient pas reparu depuis lors. Elle a eu un grand nombre d'enfants dont la plupart sont morts très jeunes ; quatre de ses filles, qui sont venues à un âge assez avancé, se portent très bien.

OBSERVATION II.

(Empruntée à la *Semaine médicale*. — Séance de l'Académie de Médecine, 31 janvier 1882.)

M. TILLAUX.

M. TILLAUX. — J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie l'histoire d'un fait clinique que j'ai eu l'occasion d'observer, d'abord à la Charité, puis à Beaujon, et qui m'a paru digne de l'intéresser.

Il s'agit d'une jeune femme qui, en novembre 1879, entra dans le service de M. Desnos. Voici l'état dans lequel se présentait cette malade :

Depuis déjà quelques mois, aussitôt que sa tête était abandonnée à elle-même, elle éprouvait presque immédiatement, ainsi qu'elle le racontait elle-même, une sorte d'entraînement ; sa tête se portait vers l'épaule droite en même temps que sa face se tournait vers le côté gauche. En un mot, elle prenait l'attitude du torticollis classique. En même temps, elle éprouvait une douleur vive au niveau des articulations occipito-vertébrales, surtout vers le côté gauche. Cette attitude n'était pas invincible ; la malade pouvait vaincre avec ses mains la résistance des muscles et replacer sa tête dans sa position normale ; en même temps, la douleur disparaissait.

Malheureusement, cette amélioration n'était que passagère, et au bout de peu de temps l'attitude vicieuse se reproduisait.

M. Desnos, puis ensuite M. Vulpian, examinèrent la malade ; M. Vulpian conseilla et appliqua lui-même des courants interrompus.

M. Laboulbène conseilla l'emploi des aimants, et il en établit un au lit de la malade : tout cela, sans aucun succès.

Au commencement de 1880, M. Desnos publia l'Observation de cette malade dans les *Bulletins* de la Société de Médecine, sous le titre de « *Spasme fonctionnel du muscle sterno mastoïdien* ». Il est, en réalité, difficile de donner un nom à cette affection ; il n'y avait aucune contracture, aucune

rétraction des muscles, mais de temps en temps une sorte d'entraînement douloureux de la tête, sans qu'on sentit au cou ces cordes tendues que l'on y rencontre lorsque le torticolis résulte d'une contracture des muscles.

Par la suite, on employa encore la métallothérapie ; les courants continus, les chlorures, les iodures et tous les médicaments possibles furent administrés à l'intérieur. Rien n'y fit ; au bout de quatre mois de ce traitement, la malade était plus incommodée de son affection qu'en commençant.

C'est alors qu'elle désira voir si la chirurgie serait plus heureuse que la médecine, et qu'elle vint à Beaujon.

Je constatai les mêmes phénomènes que mes prédécesseurs ; seulement, croyant remarquer qu'au moment où la tête se tournait pour prendre son attitude anormale, c'était surtout le faisceau *sternal* du sterno-mastoïdien qui se contractait, je résolus d'en pratiquer la résection. Cette résection fut faite le 8 juin 1880 ; une certaine étendue du muscle fut enlevée, afin d'être bien certain qu'il n'y ait pas de raccordement des deux bouts. La malade guérit très bien de l'opération ; mais malheureusement les choses restèrent en l'état : la tête se retournait comme avant.

Je la laissai ainsi dix-huit mois, espérant que le temps pourrait faire quelque chose pour la débarrasser. Il n'en fut rien. Au mois de novembre dernier, la malade souffrait de plus en plus, elle était condamnée au lit, dans l'impossibilité de travailler pour gagner sa vie. Elle me demandait avec instance de faire quelque chose pour la soulager.

Déjà, à la Charité, M. Vulpian avait fait observer qu'il pourrait bien se faire que le nerf spinal en fût cause, car il avait remarqué que c'étaient à la fois le sterno-mastoïdien et le trapèze qui déterminaient le mouvement.

Je le pensai aussi, et je me proposai en conséquence de pratiquer la résection du nerf. C'est de cette opération, qui n'a été que très rarement pratiquée à l'étranger, qui n'a pas encore été faite en France, que je sache du moins, que je vais vous entretenir.

Le nerf spinal, comme on le sait, sort du crâne en même temps que le glosso-pharyngien et le pneumogastrique, et ne tarde pas à se diviser en deux branches. Une branche interne qui va le réunir au pneumogastrique,

se confondant avec lui au point que l'on ne peut en faire la séparation, anatomiquement du moins, et une branche externe qui est exclusivement musculaire. C'était cette branche qu'il fallait aller chercher.

D'abord située profondément dans la région parotidienne, elle ne tarde pas à se montrer au-dessous de la glande, au niveau de l'angle de la mâchoire, passe derrière le muscle sterno-mastoïdien, le pénètre par sa partie moyenne, à égale distance de son bord antérieur et de son bord postérieur; puis, continuant son trajet, traverse le triangle sus-claviculaire pour aller s'épuiser dans le trapèze.

Le point que je choisis pour faire la résection était justement la partie où le nerf se dégage de la loge parotidienne, afin d'aller aussi haut que possible.

On devait se demander d'abord quel était le point le plus favorable pour pratiquer l'opération.

On pouvait aller chercher le nerf par le bord antérieur du sterno-mastoïdien; mais c'était se condamner à agir dans une région bien épineuse, où il était bien difficile de manœuvrer sans danger, en raison des ganglions, vaisseaux et nerfs qui s'y trouvent.

Couper le muscle en son milieu était aussi un procédé, mais qui exigeait une mutilation inutile; aussi est-ce le bord postérieur que je choisis de préférence. C'est là, suivant moi, la meilleure voie à suivre.

Je fixai les points de repère de la manière suivante: Une ligne horizontale fut tirée de l'angle de la mâchoire; elle marquait d'une façon assez exacte le point où le nerf sort de la loge parotidienne. Une autre ligne horizontale, tirée du bord supérieur du cartilage thyroïde, indiquait d'une manière non moins exacte le point où le nerf pénétrait dans le muscle.

L'incision fut faite le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien; elle avait 6 centim. et était comprise entre les deux lignes horizontales dont nous venons de parler.

La peau et le peaucier ayant été incisés, je découvris les fibres du bord postérieur du sterno-mastoïdien.

Il faut découvrir le muscle avec beaucoup de soin pour bien voir les fibres musculaires; c'est là, comme le dit Malgaigne, un premier point de

ralliement, et un point très précieux, car, si on ne découvre pas le muscle, on est exposé à soulever sa gaine dans le temps suivant, et l'on chercherait vainement le nerf au-dessous de celle-ci.

Le bord du muscle, mis à nu comme il vient d'être dit, a été soulevé avec un écarteur, et le nerf s'est trouvé distendu sous forme d'une corde très facilement appréciable. Par le temps d'élongation des nerfs qui court, je m'étais demandé si je ne ferais pas l'élongation, qui m'aurait permis de ménager l'innervation des organes dans lesquels se distribue la branche externe du spinal.

J'y renonçai pour plusieurs raisons : d'abord, dans ce cas particulier, je n'avais pas à m'occuper des organes innervés par la branche externe du spinal, puisqu'elle fournit seulement au sterno-mastoïdien et au trapèze, et que ces deux muscles reçoivent des filets nerveux du plexus cervical.

Mais s'il n'y avait aucune raison pour ne pas faire la section, il y avait des raisons pour ne pas faire l'élongation, bien qu'elle ait été déjà pratiquée à l'étranger, et ces raisons, je les tire d'une expérience que j'avais faite à l'avance.

Je disséquai le spinal sur un cadavre ; puis, après avoir enlevé le cerveau, je mis à jour ses attaches bulbaires. Cela fait, j'exerçai des tractions sur la branche externe du spinal. Je constatai immédiatement que le bulbe était agité de quelques mouvements ; et comme, en définitive, à l'encontre de Cl. Bernard, je n'opérais pas sur des lapins, je me demandai s'il était prudent d'exposer un malade à de semblables tractions.

Je ne le crus pas, et je rejetai l'élongation.

Dans l'opération pratiquée sur la malade, une fois le nerf découvert, je coupai une première fois le nerf au niveau du point où il pénètre dans le muscle. J'enlevai même quelques fibres musculaires pour plus de certitude ; puis je suivis très facilement son bout supérieur et j'en fis la section sur un point très élevé. J'agis ainsi, parce que je sais qu'il n'est pas rare de voir la branche externe du spinal se bifurquer prématurément pour fournir la branche du trapèze. Je ne voulus pas m'exposer à laisser cette branche intacte.

L'opération faite, j'appliquai un pansement de Lister après avoir fait la réunion immédiate.

La guérison de la plaie fut rapide. Quant au résultat, s'il ne répond pas encore à notre attente, il a certainement été satisfaisant. J'ai interrogé ce matin même la malade à cet égard, et elle est très affirmative : elle a retiré un grand bénéfice de l'opération.

C'est la première fois, dit-elle, qu'elle a éprouvé du soulagement dans sa maladie.

Elle continue, il est vrai, à éprouver un entraînement auquel elle ne peut résister ; mais cet entraînement est bien diminué.

Autrefois, quand elle appuyait la tête sur le dossier d'un fauteuil, ce point d'appui était tout à fait insuffisant pour s'opposer au mouvement ; aujourd'hui il suffit pour empêcher le glissement de la tête. De plus, la douleur de la nuque est beaucoup moins vive.

Rien ne dit d'ailleurs que la malade ne guérira pas complètement. Dans une opération pratiquée par Mosig sur un curé pour un cas analogue, l'amélioration constatée tout d'abord s'accrut de jour en jour, et le malade guérit au bout de plusieurs mois. Il n'y a que six semaines que l'opération est faite : l'amélioration de notre malade est déjà sensible ; il y a tout lieu d'espérer la guérison.

Tel est le résultat au point de vue clinique. J'ai cherché sur cette malade quels pouvaient être, au point de vue physiologique, les résultats de la section du nerf spinal. C'est là, on le sait, un point de physiologie qui a été tout particulièrement étudié par Cl. Bernard, et l'on sait que l'illustre professeur du Collège de France avait fait du nerf spinal un nerf jouant un rôle capital dans la phonation, non seulement par sa branche interne, mais encore par sa branche externe, qui nous occupe en ce moment.

Cette branche, animant le sterno-mastoïdien et le trapèze, servirait à prolonger la dilatation de la poitrine dans l'expiration sonore, dans le chant.

Or, la malade n'a rien éprouvé du côté de la voix : l'opération que nous avons faite ne peut donc servir à éclairer la question de physiologie ; mais elle démontre qu'on peut faire cette opération sur le vivant, qu'elle est facile, inoffensive, et qu'elle peut produire de bons résultats.

OBSERVATION III.

(*Revue des Sciences médicales* de Hayem, pag. 305.)

Une femme ¹ de 24 ans, dont les antécédents personnels et héréditaires ne sont pas signalés, était obligée, par son état, de tourner continuellement la tête, particulièrement du côté gauche. Peu à peu, la tête se dévia de ce côté ; quelques mois après les premiers symptômes morbides, il existait un véritable torticolis. Pendant le sommeil, tout était normal, et pendant la veille la tête s'inclinait vers l'épaule gauche et restait immobile si la patiente ne faisait aucun mouvement ; mais au moindre effort pour changer de position, éclataient des mouvements spasmodiques.

Toutes les tentatives médicales étant resté impuissantes, on découvrit le spinal à sa partie supérieure et l'on en fit l'extension ; toutefois, soupçonnant que peut être cette manœuvre ne suffirait pas, on posa une anse de fil au-dessous, avant de suturer la plaie tégumentaire. On dut en effet recourir à la résection. La guérison fut complète, et les mouvements redevinrent normaux.

OBSERVATION IV.

(Empruntée à DUCHENNE (de Boulogne).

Il s'agit d'une demoiselle d'Orléans, âgée de 24 ans, pianiste, qui est venue me consulter en 1855. Depuis trois ans, elle était affectée d'un torticolis contre lequel des médications très variées avaient échoué jusqu'alors, bien quelles eussent été prescrites par les hommes spéciaux les plus habiles. Elle est même restée six mois de l'année 1854 dans l'établissement orthopédique de M. Bouvier, où pendant cet espace de temps on essaya, concurremment avec les moyens mécaniques, la faradisation localisée des muscles antagonistes des sterno-mastoïdiens, sans obtenir la moindre amélioration. M. Bouvier était d'autant plus surpris de cet insuccès

¹ Par Annandale (*The Lancet*, vol. I, pag. 555, 1879).

qu'il avait été témoin de la guérison obtenue chez d'autres malades au moyen de la faradisation des muscles antagonistes.

Mais je découvris bientôt que cette contracture était un spasme fonctionnel. Elle n'apparaissait en effet que pendant la station et cessait dès que la tête trouvait un point d'appui, soit dans le décubitus dorsal, soit lorsqu'elle était renversée sur le dos d'un fauteuil. Je compris alors la raison de la résistance à une médication qui triomphe habituellement des autres espèces de contractures.

Je fis chez cette malade les mêmes expériences que dans les cas relatés précédemment, et j'obtins des résultats identiques. En effet, au moment où le spasme se produisait pendant la station, je lui fis repousser ma main appliquée contre sa nuque, et ce spasme cessa immédiatement. Mais voici un autre phénomène curieux qui se manifesta dans cette expérience : lorsqu'elle était dans la station, elle ne pouvait tourner la tête à droite ; pendant son séjour à l'établissement d'orthopédie, on n'obtenait les mouvements de latéralité à droite qu'au prix des plus grands efforts, et encore ces mouvements étaient-ils très limités. Eh bien ! pendant qu'elle s'efforçait de vaincre la résistance que j'opposais à l'extension de sa tête, elle exécutait ces mouvements de latéralité de la tête en tout sens avec la plus grande facilité. La possibilité de les faire surprit d'autant plus M^{lle} X... qu'on lui avait témoigné, disait-elle, la crainte que la difformité des surfaces articulaires et de leurs annexes ne fût la cause réelle de l'obstacle à l'étendue de certains mouvements latéraux de la tête. L'expérience que nous venions de faire, non seulement nous rassurait sur ce point, mais encore démontrait, comme dans les cas précédents, que la contraction volontaire des antagonistes des muscles contracturés faisait cesser instantanément le spasme musculaire.

Je mis à profit la découverte de ce phénomène dynamique en conseillant à M^{lle} X... des exercices gymnastiques analogues à ceux que j'avais fait exécuter à M. B..., et en même temps je pratiquai, pour satisfaire la malade et son médecin, la faradisation localisée des antagonistes du muscle contracturé. Une amélioration notable fut obtenue après quinze jours de traitement. Je n'en ferai pas les honneurs à l'excitation électro-muscu-

laire, qui, quoique parfaitement appliquée antérieurement, avait échoué complètement.

Je crois qu'elle est due uniquement à l'espèce de gymnastique dérivative que j'avais prescrite, et peut-être aux deux moyens réunis. Quelques mois après son traitement, M. Bouvier a constaté avec surprise la guérison de son ancienne pensionnaire.

ÉTIOLOGIE.

Dans l'étude étiologique du torticolis spasmodique comme dans celle de ses symptômes, de son diagnostic et de son traitement, nous nous appuierons autant que possible sur les données que nous fournissent les observations précitées.

La première cause de spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoidien, par ordre de fréquence, celle qu'on trouve au moins le plus souvent invoquée, est sans contredit la mise en jeu trop fréquente de ce muscle. Aussi le trouve-t-on spécialement, comme la crampe des écrivains elle-même, chez les employés de bureau, dans les administrations où les affaires appellent beaucoup d'intéressés. — La disposition du bureau n'est pas non plus pour peu de chose dans la production de la maladie. Dans les perceptions importantes, dans les bureaux où la division des services est nécessaire, où le nombre des employés est considérable, bon nombre d'entre eux tournent souvent le dos à la porte d'entrée; chaque fois qu'il arrive un client, ils sont obligés de tourner la tête pour le recevoir; de cette contraction presque continue des muscles du cou, jointe à la position inclinée de la tête qu'on prend naturellement en écrivant, résulte une fatigue qui doit nécessairement prédisposer à l'affection dont nous nous occupons. C'est probablement là la cause occasionnelle de la maladie qui constitue notre Observation personnelle.

Duchenne (de Boulogne) rapporte « l'histoire d'un paveur dont les

deux sterno-mastoïdiens se contractaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était intimement liée à sa profession, qui l'obligeait à contracter les muscles du cou pendant son travail. Il suffisait que sa tête fût appuyée pour que la contracture cessât. Jamais celle-ci n'apparaissait lorsqu'il était couché ou renversé, ou si sa tête était appuyée sur le dos d'un fauteuil. »

Mais, nous avons hâte de le dire, cette cause n'est pas toujours la même et, si elle existe, elle doit bien souvent être rangée au second plan. Combien d'individus soumis aux mêmes travaux, astreints aux mêmes mouvements que ceux dont nous rapportons l'histoire, et qui néanmoins sont restés indemnes ! C'est qu'ici, comme dans une foule d'autres maladies, il y a une cause générale, primordiale, qu'on appellera prédisposante si l'on veut, mais qui existe réellement, et cette cause réside dans la constitution même de l'individu, dans la composition intime, moléculaire, et dans le fonctionnement normal de son système nerveux.

Pour qu'un sujet soit atteint d'un spasme fonctionnel quelconque et d'un torticolis spasmodique en particulier, il ne suffit pas que ce sujet soit forcé de fatiguer les muscles ; la cause première du mal est dans ces manifestations morbides auxquelles nous donnons le nom de névroses, et, cette cause, nous la trouvons consignée dans notre première Observation : six mois en effet avant son entrée à l'hôpital, notre malade présentait tous les symptômes de la chorée.

On a donné des exemples nombreux de ce que nous avançons. Pourquoi un homme dont le travail intellectuel est considérable, est-il plus tôt atteint de spasme que tel autre dont le travail physique sera plus long et plus fatigant ? Pourquoi l'idée seule du mouvement qui amène une crampe est-elle de nature à reproduire cette dernière ?

Gallard était donc bien dans le vrai lorsque, dans ses Leçons cliniques, il tâchait de démontrer à ses élèves que tout le mal n'est pas dans la lésion locale. Cet auteur a mis en lumière l'influence des maladies générales dans la production du spasme fonctionnel. Il cite l'exemple d'une jeune fille atteinte de spasme, dont la mère était rhumatisante, et qui fut plus tard

elle-même atteinte de rhumatisme. — Il a aussi noté un cas d'eczéma chez quelques malades, et démontre surtout l'influence de la diathèse goutteuse. — « Le froid et le traumatisme ont pu aussi être invoqués comme causes occasionnelles ¹. »

Nous citerons, en terminant ce chapitre et pour montrer combien sont nombreuses les causes auxquelles on a attribué les spasmes fonctionnels, une observation traduite de l'anglais. Ce qui intéresse dans ce cas, c'est de voir que, bien que la présence des ascarides fût la véritable cause du torticollis, celui-ci n'apparut que consécutivement à la nouvelle irritation apportée par la lésion consécutive au traumatisme. On trouve donc ici réunies, sans pouvoir les dissocier, deux causes : traumatisme et réflexes produits par la présence de vers intestinaux,

OBSERVATION V.

Hôpital de Newasth. — Torticollis : Lésion du sterno-mastoidien ; *Ascaris vermicularis*.

Fanny M..., âgée de 3 ans, visitée en ville le 18 février. Sa grand'mère nous informe que, quinze jours auparavant, l'enfant, qui avait alors toutes les apparences de la santé, jouait à côté d'une échelle dressée qui tomba en travers de sa poitrine, en contusionnant fortement la clavicule du côté droit. Le jour suivant, on remarquait du gonflement à l'extrémité sternale de la clavicule, et la tête était attirée en bas vers l'épaule droite. L'enfant accusait de la douleur au niveau de la tuméfaction, qui persista, en même temps que l'attitude vicieuse de la tête augmentait, jusqu'au jour où nous fûmes appelé.

A notre première visite, l'enfant paraissait en bonne santé ; la tête était fortement fléchie vers l'épaule droite, le menton regardait au contraire vers la gauche ; il y avait une légère tuméfaction au niveau de l'extrémité sternale de la clavicule, sans déplacement de cet os ; cette tuméfaction était évidemment due à une infiltration du tissu musculaire du sterno-mastoïdien en ce point. Toute tentative de redressement amenait une vive

¹ Grasset ; Traité des maladies du Système nerveux.

douleur. En sondant les antécédents, on ne trouvait aucune mention de vers.

Une pression fut exercée sur la région tuméfiée au moyen d'un pansement approprié. Une attelle fut placée dans le creux axillaire pour immobiliser la clavicule ; le bras fut fixé par un bandage serré. Comme nous soupçonnions la possibilité d'une irritation réflexe due à des vers, nous administrâmes quatre onces d'une infusion concentrée de casse, et nous fîmes surveiller les selles.

L'enfant fut largement purgée et rendit un grand nombre de vers filiformes. Trois jours plus tard, le cou était beaucoup plus droit. Nouvelle purgation. Le 25, la petite malade rend de nouveaux vers. Le cou était tout à fait droit. La tuméfaction avait disparu.

SYMPTOMES.

La symptomatologie du spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoïdien est assez nette, et elle rentre à peu près tout entière dans la définition de Duchenne (de Boulogne) citée en tête de notre Thèse. Les spasmes, les contractions cloniques ou toniques, l'impotence fonctionnelle, peuvent être tour à tour la période d'état et les phases diverses par lesquelles passe la maladie. Au début, les malades signalent un agacement nerveux particulier ; ils accusent un malaise général dont leur vie tout entière se ressent ; ils changent de caractère : de doux et bienveillants, ils deviennent violents et irascibles ; la plus légère contrariété les froisse et les irrite. Puis, généralement et sans autres prodromes, la maladie se déclare ; veulent-ils tourner la tête de côté pour voir un ami, pour lui répondre, ils sont arrêtés dans leurs mouvements par une contraction légère, par une demi-contraction du muscle qui devait rester au repos. Pendant les premiers jours, ce fait ne se renouvelle pas souvent, et le malade, quoique un peu étonné, n'y prend pas garde ; mais bientôt cette contraction involontaire, spasmodique, devient plus fréquente ; elle est plus large, d'une durée plus considérable ; elle arrive à se produire toutes les trois ou quatre minutes et devient peu à peu continue ; dès-lors, elle simule, à s'y méprendre, une rétraction musculaire.

L'attitude du patient est à ce moment caractéristique et ne diffère en rien de celle du malade atteint de torticolis ordinaire. La tête est déviée du côté opposé au muscle contracté et tournée un peu en haut. Si le mal siège à droite, le malade regarde constamment à gauche, et réciproquement. On peut voir survenir des troubles du côté de la vision ; les rayons visuels ne suivent plus le même axe ; il en résulte du strabisme.

Mais il s'en faut de beaucoup que la contraction devienne permanente chez tous les malades ; c'est à peine si nous avons pu en recueillir deux cas incontestables¹. Dans bon nombre d'autres observations, nous voyons,

¹ Observation personnelle. — Revue des Sciences médicales de Hayem.

il est vrai, la contraction se produire; mais elle cesse, soit pendant le sommeil, soit dans certaines positions connues du sujet, soit lorsque le malade, prenant sa tête avec les deux mains, la ramène du côté opposé.

Dans une foule d'autres exemples, la maladie est restée spasmodique, sans qu'on ait pu voir survenir des contractions continues d'aucune sorte. Nous en citerons ici un très remarquable tiré du *Journal of med. Scienc. the Dublin*, pag. 248, septembre 1882. *Torticolis classique*, par Ormsby.

OBSERVATION VI.

Reports of the Dublin pathological Society (Comptes rendus de la Société de Pathologie de Dublin), 1^{er} septembre 1882. *Torticolis clinique*.

M. Ormsby montre un jeune homme de 23 ans qui souffrait de contractions cloniques dans les muscles du côté droit du cou. Sa tête est constamment dans la position qui résulte de la contraction de ces muscles, et il ne goûte quelque repos que pendant le sommeil. Cette affection est décrite d'une façon différente dans les différents ouvrages sur les maladies du système nerveux. L'expression de *torticolis classique* paraît propre à désigner l'affection dont souffre ce jeune homme.

Le malade étant debout, sa tête est violemment attirée en bas et à droite par des secousses rapides et spasmodiques; si l'on s'oppose à ces mouvements de la tête en la tenant avec les deux mains, cet obstacle paraît augmenter l'énergie du spasme et occasionne au malade une souffrance considérable. Le malade est anxieux et abattu; il paraît profondément désappointé de voir que rien ne réussit à maintenir sa tête au repos. Il raconte ainsi son histoire.

F. F..., âgé de 23 ans, cultivateur, de Blewington, comté de Wicklow, entre à l'hôpital de Meath le 2 mars 1882, dans le service de M. Ormsby; se plaint de mouvements choréiformes dans les muscles du côté droit du cou. Le mouvement est presque continu; il est aggravé par la station debout, par des volte-face brusques, et par l'examen auquel se livrent les assistants.

Ces crises, plus violentes, causent au malade de la douleur dans le cou, et

il les redoute extrêmement, maintenant sa tête avec ses deux mains pour en limiter les mouvements.

Le sommeil est tranquille, mais le spasme recommence aussitôt que le malade s'éveille

Il est fils unique. Son père et sa mère sont vivants et en bonne santé. Il a toujours été nerveux. Il y a cinq ou six ans, il s'est aperçu que son impressionnabilité augmentait beaucoup, surtout lorsqu'il se trouvait avec des étrangers. Il y a six ans, il fut renversé par un coup porté sur sa tête avec un manche à balai, mais il n'en fut pas sérieusement incommodé. Il souffre souvent d'élancements dans la tête ; il a souvent de grandes taches rouges devant les yeux ; par moments, il y a de l'obnubilation de la vue.

Il a eu des épistaxis de la narine droite d'une manière fréquente et irrégulière pendant deux années environ, mais ces épistaxis ont complètement cessé depuis un an. En revenant d'une foire, il y a de cela un an et demi, ayant bu un peu plus que de raison, il fut frappé d'un coup de pierre à la tête, près de l'angle postéro supérieur du pariétal gauche ; la peau fut nettement entamée. Il ne souffrit pas beaucoup de cet accident ; un seul pansement fut fait. Il a eu des pertes séminales dans la nuit pendant les deux dernières années ; dans ces derniers temps, elles sont devenues un peu plus fréquentes. Il reconnaît s'être adonné à la masturbation une ou deux fois.

Il fait remonter sa maladie actuelle au mois de mars 1881. Sa marche fut très lente. Pendant quelque temps, il n'eut que de légers frémissements dans le cou, avec de l'obnubilation de la vue. Il ne se trouva *réellement malade* qu'en janvier 1882, un jour qu'au retour du marché, ayant bu abondamment, la contraction spasmodique commença, pour ne plus cesser depuis, d'une manière complète.

Traité par le D^r Bleakley (de Blessington), qui essaya plusieurs remèdes, tels que le massage de la nuque, le galvanisme, les sédatifs, il n'en résulta aucune modification sérieuse de son état. Peu de temps après, il fut envoyé à M. Ormsby, qui l'examina avec soin. Lors de son admission, il avait un teint pâle et des traits pâteux ; sa voix était faible, ses pupilles largement dilatées ; son aspect était celui d'un homme qui s'adonne à la

masturbation ; mais, comme il a été dit, il déclara ne s'être rendu coupable de ce péché que dans une ou deux circonstances.

4 mars 1882. On prescrit une potion avec :

Bromure de potassium.....	22	gram.
Chloroforme.....	XV	gouttes.
Teinture de Sumbul.....	XXX	—
Potion.....	120	

en trois fois dans la journée.

5 mars. Le malade se trouve mieux. Les mouvements de la tête n'ont pas la même violence, et le malade dit qu'ils n'ont commencé que deux ou trois minutes après le réveil. L'après-midi, le malade ayant été réveillé d'un sommeil qu'il faisait, le mouvement n'a apparu que cinq ou six minutes plus tard.

6. Même état. Le malade se trouve plus à l'aise debout qu'assis. Les journées se ressemblent au point de vue de la maladie.

13. Même état. Contraction musculaire très violente dans le cou. On prescrit :

Bromure d'ammonium.....	22	gram.
Iodure de potassium.....	15	—
Teinture de Sumbul.....	LX	gouttes.
Eau chloroformée.....	120	

à prendre en trois fois dans la journée.

14. Les mouvements n'ont apparu ce matin qu'une demi-heure après le réveil, et le sterno-mastoïdien n'était pas aussi rigide.

16. On prescrit : Valérianate de zinc 0,10 centigr. pour une pilule. — En prendre trois par jour.

Aucune amélioration ne fut obtenue par ce traitement médical.

La contraction et le spasme ne s'accompagnent pas toujours de douleur ; ce ne sont pas de vraies crampes ; il y a cependant des cas dans lesquels la souffrance était si grande que le malade s'en plaignait amèrement. Erb l'a constatée plusieurs fois au niveau des apophyses épineuses. Une sensation signalée beaucoup plus souvent et dont nous avons pu observer la

réalité, est une espèce de fourmillement qui siège à la nuque, au niveau des insertions musculaires. Dans tous les cas, une fatigue énorme est toujours la conséquence de cet état de spasme ou de contracture. — L'état névrosique du début persiste autant que la maladie ; il va même en s'accroissant.

Habituellement, l'état physique des malades est satisfaisant, l'apyrexie est complète ; toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent avec régularité, et, s'il survient de l'amaigrissement, de la langueur, ces phénomènes sont dus plutôt aux souffrances morales et aux autres perturbations morbides qui accompagnent le spasme fonctionnel.

Dans bien des cas en effet, on trouve dans les autres régions du corps des troubles analogues à ceux qui constituent la maladie principale ; il peut exister du spasme fonctionnel dans d'autres muscles de l'économie et des symptômes choréiques ¹, les manifestations des affections diverses et des diathèses que nous avons signalées comme causes principales de la maladie qui nous occupe. Chez l'un, on trouvera, comme Gallard, des eczémas, des douleurs rhumatismales, de l'arthritisme, etc. ; chez l'autre, des nodosités d'Eberden, des dépôts d'acide urique ; tout autant d'indices qui mettront le médecin sur la voie d'un diagnostic raisonné, d'une saine thérapeutique.

Duchenne (de Boulogne) donne comme un symptôme constant la coïncidence de la contraction ou du spasme et de l'exécution d'un mouvement voulu par le malade. Malgré toute l'autorité qui s'attache au nom de cet auteur, il ne nous est pas possible d'être de son avis. Du reste, il semble lui-même s'écarter de cette opinion lorsqu'il admet que la crampe peut survenir aussitôt que le *malade songe à exécuter le mouvement qui doit fatalement amener la contraction*.

Nous n'avons pu recueillir un seul cas de paralysie fonctionnelle du sterno-cléido-mastoïdien, et nous demeurons convaincu que la paralysie n'est pas un symptôme de la maladie que nous étudions.

Nous n'avons pas constaté davantage d'anesthésie ; notre malade avait

¹ Obs. I.

parfaitement conservé la sensibilité à la douleur et à la température. — La peau reste saine, sans rougeur, et le muscle lui-même n'est le siège d'aucune altération au début ; plus tard il est vrai, lorsque la contraction a duré longtemps, on a pu trouver des traces de dégénérescence fibreuse ; mais ce n'est pas là l'état normal.

Tels sont les symptômes physiques du torticolis spasmodique ; restent les symptômes rationnels, qui sont de la première importance pour l'établissement du diagnostic et qu'il nous sera facile de faire découler de l'étude anatomique et physiologique que nous avons faite du nerf spinal.

Assez souvent et dès le début, le malade est frappé d'une extinction de voix considérable. Notre malade demeurait quelquefois cinq minutes sans pouvoir prononcer un mot ; dans le plus grand nombre des cas, cette gêne de la phonation disparaît, mais les récidives sont fréquentes. En même temps, on a observé des troubles de la déglutition. Le malade avale assez bien les matières solides, mais quelquefois sans que rien le prévienne de ce qui va arriver en buvant. Il sent quelques gouttes de liquide pénétrer dans son larynx. Sa face rougit immédiatement ; il est pris d'efforts de toux qui durent deux ou trois minutes, et tout rentre dans l'ordre. — N'est-ce pas là ce que nous avons observé dans les cas de section du spinal ? Ce n'est pas tout : nous avons bien décrit l'attitude du malade atteint de spasme du sterno-cléido-mastoïdien, mais ce muscle n'est pas toujours le seul atteint. Le trapèze, innervé par le spinal, peut aussi être contracturé, et il ajoute son effet à celui du sterno-cléido-mastoïdien dans la déviation de la tête, qui est alors dirigée un peu plus fortement en haut.

NATURE ET DIAGNOSTIC.

En face d'un malade atteint de torticolis spasmodique, la première question à élucider pour le médecin est celle de la nature de la maladie. Qu'on ait affaire à un spasme vrai ou à une contracture, le problème à résoudre est toujours le même. Où est le siège du mal ? Avons-nous affaire à ce qu'on appelait naguère une irritabilité musculaire, à une lésion nerveuse périphérique, ou bien plutôt à une affection nerveuse d'origine centrale ? L'importance de la solution n'est pas à démontrer. Il est évident que, suivant l'idée acceptée sur l'origine et le siège de la maladie, la thérapeutique mise en usage devra varier.

Nous écarterons d'abord les soupçons de lésion musculaire. Haller pensait que la contractilité est une propriété inhérente à la fibre musculaire, et tout ce qu'on a pu opposer à l'*irritabilité hallérienne* n'a pu faire disparaître une théorie dont l'observation devait confirmer plus tard les résultats pratiques. Les expériences de Cl. Bernard sur le curare sont en effet venues confirmer l'indépendance de la contractilité musculaire. Sous l'influence d'excitants mécaniques, galvaniques ou chimiques, qui agissent directement sur eux, les muscles peuvent se contracter sans rien emprunter pour cela de force aux nerfs qui président normalement à leur fonctionnement.

Le spasme fonctionnel pourrait donc avoir sa source dans le sterno-cléido-mastoïdien lui-même et dans le trapèze, suivant les cas ; mais les modes différents d'investigation auxquels nous pouvons avoir recours, nous permettent d'arriver à une connaissance suffisante de la lésion musculaire pour la diagnostiquer si elle existe. Peu importe l'explication qui reliera l'effet à la cause : l'acte morbide tombe sous nos sens ; nous le constatons *de visu* ou à l'aide du microscope. Dans le torticolis musculaire d'origine rhumatismale par exemple, nous voyons parfaitement la rougeur de la peau, l'hypertrophie du tissu conjonctif ; l'irritabilité musculaire est mani-

feste. Eh bien ! en est-il de même dans l'affection spasmodique décrite dans nos observations ? Il serait puéril de le soutenir. Ici l'anatomie pathologique reste muette ; pas de lésion d'aucune espèce, ni du côté de la peau ni du côté des muscles.

A la longue, il est vrai, la dégénérescence fibreuse survient, elle amène avec elle la rétraction musculaire ; mais au début, et alors même que la maladie est en pleine période d'état, on n'a jamais constaté la moindre altération dans les éléments d'un tissu qui, sous l'influence d'autres causes, est trop souvent le siège de manifestations pathologiques. Que penser du reste d'un principe morbide siégeant dans le tissu musculaire, qui n'entrerait en action qu'à certains moments de la journée, qui plus tard finirait par agir d'une façon continue, sans que l'observateur ait pu le découvrir ? Comment expliquer par quelle bizarrerie le muscle serait encore assez fort pour accomplir certaines fonctions et ne le serait plus pour un travail beaucoup moins considérable ? Tous ces faits s'expliquent mieux si on en fait remonter l'origine à une action nerveuse pathologique ; l'esprit accorde plus facilement aux nerfs la propriété d'amener ces sortes de spasmes que nous n'avons pu expliquer par une lésion des muscles, car la contraction d'origine musculaire est bien différente de celle que nous observons dans les spasmes fonctionnels : dans un cas, elle est lente, progressive, continue ; dans l'autre, elle arrive après une série de phénomènes bien différents.

C'est donc à une lésion nerveuse que nous avons affaire ; mais est-elle d'origine périphérique ou centrale ? De bonne heure, les Allemands penchèrent pour cette seconde hypothèse, et Duchenne (de Boulogne), en acceptant la dénomination de *Schreibekrampf*, devait aussi accepter leurs idées sur la nature de la maladie. L'influx nerveux arrive toujours à la périphérie, mais il n'est plus en rapport avec l'effet que l'on veut en obtenir ; le malade ne peut plus guider sa tête du côté voulu, il y a là une véritable *ataxie nerveuse*, et l'on peut se demander avec Duchenne (de Boulogne) s'il n'existerait pas un point des centres nerveux qui, surexcité ou épuisé par l'exercice souvent répété de certaines fonctions musculaires, tantôt ferait une décharge nerveuse trop considérable et produirait la contracture de

certaines muscles, tantôt leur enverrait l'excitant nerveux irrégulièrement et occasionnerait des tremblements ou des mouvements cloniques, tantôt enfin cesserait de leur distribuer la force nerveuse ; et tout cela seulement pendant l'accomplissement de ces mêmes fonctions musculaires ?

Plus récemment, V. Poore¹ a essayé de remettre en honneur la théorie périphérique, qui avait été tout d'abord acceptée par certains auteurs ; il attribue le spasme fonctionnel à une fatigue musculaire, et cherche à prouver la marche progressive de la maladie par le surmenage des muscles voisins, obligés d'aider à l'action de ceux qui sont déjà malades. L'observation la plus élémentaire prouve la fausseté d'une telle assertion.

Dans l'*Encyclopédie clinique* de Reynold, le spasme fonctionnel est élevé au rang des maladies nerveuses générales. C'est à cette dernière opinion que nous donnons la préférence. Pour nous, le spasme fonctionnel est la manifestation d'un mauvais état général du système nerveux.

La marche de la maladie nous servira à reconnaître cette névrose dans les cas où le malade se présentera avec une contracture permanente du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. Examinons attentivement ce qui s'est passé. Souvent, avant même que le malade ait éprouvé le moindre spasme du côté des muscles innervés par la branche externe du spinal, il présente des troubles de la phonation et de la déglutition ; c'est de cette façon qu'a débuté le mal chez M. X...². Cette gêne des muscles laryngés et pharyngiens peut disparaître ; mais c'est un indice d'une valeur extrême, car peu de temps après un faisceau du sterno-cléido-mastoïdien sera frappé, puis le second, et enfin le trapèze lui-même, si la maladie n'est pas conjurée. Assez souvent et heureusement, il faut bien le dire, tout le champ du spinal n'est pas atteint ; mais il n'en est pas moins vrai que c'est là une marche caractéristique et sur laquelle on peut baser sûrement son diagnostic, si l'on a soin en même temps d'interroger le malade sur sa profession, sur les diverses positions qu'il est obligé de prendre dans l'exécution de ses travaux journaliers. Les auteurs classiques parlent bien en effet d'une certaine gêne de la parole qui existerait dans les cas de torti-

¹ Dictionnaire de Dechambre, chapitre *Torticolis*.

² Observation personnelle.

colis ordinaire; mais nous ferons remarquer qu'ici, au lieu d'être primitive, comme cela a lieu très souvent dans le spasme fonctionnel, elle n'arrive qu'avec la rétraction musculaire, dernier stade de la maladie.

Mais, outre cette marche caractéristique de l'affection dont nous parlons, il est bien d'autres symptômes qui serviront à la différencier du torticolis musculaire, osseux ou cutané.

Le torticolis musculaire est le plus commun, il n'affecte habituellement qu'un seul muscle, et le sterno-cléido-mastoïdien est le plus souvent atteint. Ses causes sont nombreuses. Le rhumatisme articulaire aigu est une des plus fréquentes; on trouve alors de la rougeur et de la chaleur de la peau; le muscle affecté est douloureux et il existe souvent en même temps d'autres manifestations rhumatismales, telles que gonflement des articulations, fièvre, etc. Or, l'apyrexie est un des caractères principaux du spasme fonctionnel. Si le torticolis rhumatismal est chronique, le diagnostic sera plus difficile, mais la marche de la maladie et les anamnestiques de toute nature nous éclaireront assez pour ne laisser aucun doute dans notre esprit.

Le torticolis cutané est habituellement la conséquence de cicatrices évidentes. On trouvera souvent des traces indélébiles de brûlures, d'anciens foyers purulents de nature scrofuleuse, etc.

Le torticolis osseux s'accompagne de symptômes encore plus nets et d'une constatation aussi facile: le malade est-il porteur d'un mal de Pott, on pourra apercevoir quelquefois de la rougeur de la peau; dans tous les cas, il y aura de la douleur à la pression, un gonflement souvent assez considérable au niveau des vertèbres malades, qui elles-mêmes quelquefois seront déviées de leur position normale. Le patient étend la tête sur son épaule pour s'éviter des douleurs trop fortes au début, puis le muscle s'atrophie et le mal est presque irrémédiable. Aussi, nous pouvons le dire en passant, le médecin prévenu doit-il employer tous les moyens nécessaires pour empêcher le malade de prendre une position vicieuse, très incommode plus tard si le traitement général est suivi de succès.

Il est encore bon nombre de maladies qui peuvent simuler, par leurs manifestations, le spasme fonctionnel des muscles du cou: les névroses

convulsives, chorée, hystérie, éclampsie, amènent souvent des contractions musculaires ; dans ces cas particuliers, l'administration du chloroforme est un moyen précieux de diagnostic, mais on a en outre, pour s'éclairer sur la nature de l'affection, les autres symptômes de ces névroses.

S'agit-il d'une chorée, la généralisation des tremblements sera une donnée suffisante pour faire exclure l'idée de torticollis spasmodique. Dans l'hystérie, le plus souvent on trouvera de l'anesthésie des muscles contracturés, des troubles de la sensibilité générale, la boule hystérique, la douleur à la pression des ovaires, etc. Dans le cas d'éclampsie, la puerpéralité, l'œdème des membres par suite d'albuminurie, les convulsions généralisées à tout un côté du corps, sont autant de signes manifestes qui ne permettent pas au praticien d'égarer son diagnostic.

Il résulte de ce rapide exposé des maladies avec lesquelles on pourrait confondre le torticollis spasmodique, que si le médecin a soin de bien examiner l'ensemble des phénomènes que présente le malade, d'interroger celui-ci sur la marche de l'affection dont il se plaint, il lui sera habituellement facile de porter un diagnostic précis et raisonné.

PRONOSTIC.

Le spasme du sterno-cléido-mastoïdien ne menace pas directement la vie du malade : il n'y a pas un seul cas de mort relaté par les auteurs comme ayant été la conséquence directe de cette maladie. Néanmoins, le pronostic est grave, car les cas de guérison, même de nos jours, après qu'on a essayé toute sorte de traitements, sont extrêmement rares. On a pu quelquefois obtenir une amélioration passagère de la maladie ; mais les patients, découragés trop souvent par la longueur et le peu de succès du traitement, finissent par se résigner à leur triste situation. Incapables de tout travail, bien souvent dans l'impossibilité de se mouvoir, ils souffrent d'une peine morale à laquelle beaucoup préféreraient la mort. Au commencement, comme nous l'avons dit, les fonctions principales de l'économie s'exécutent bien, mais l'inaction amène tôt ou tard de l'irrégularité dans les digestions ; les malades maigrissent, ils tombent dans un état voisin du marasme, et c'est alors que la maladie intercurrente la plus légère vient les enlever à leurs souffrances.

La gravité du pronostic n'est pas toujours aussi grande, elle est atténuée normalement par la nature de la cause du spasme fonctionnel. Si l'affection est sous la dépendance d'une névrose telle que l'hystérie, l'éclampsie, le pronostic est généralement bénin, et on peut espérer voir disparaître le mal avec la disparition ou la rémission de la maladie principale. Il en sera de même si le rhumatisme ou la chorée sont en cause.

Mais si le spasme fonctionnel existe, comme nous avons cru devoir l'admettre, en tant que névrose idiopathique, la gravité du pronostic est évidente : on pourra bien en effet, par l'élongation du spinal ou par la résection, arriver à faire cesser le spasme existant ; mais la maladie ne sera pas conjurée, elle restera à l'état latent, quitte à se traduire plus tard par d'autres manifestations ou par le spasme des muscles d'une autre région.

TRAITEMENT.

Dans le traitement du torticolis spasmodique, les praticiens ont eu recours tour à tour aux ressources de la médecine et de la chirurgie ; — l'empirisme dicta les premières ordonnances, et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque les études physiologiques et expérimentales furent venues mettre un peu de lumière dans le chaos d'où devaient sortir des notions plus exactes sur la nature et l'étiologie de cette maladie, que, guidé par ces données nouvelles, le médecin put à l'occasion opposer un remède efficace à la cause du mal et guider avec fruit sa thérapeutique suivant la marche des indications. — On ne sera donc pas étonné du nombre et de l'insuccès des médicaments employés contre le spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoldien et du trapèze.

Les antispasmodiques trouvaient leur place dans le traitement d'une maladie dont le spasme constitue un symptôme capital. Ils furent les premiers employés. Mais, naturellement, des variations dans la thérapeutique devaient suivre les oscillations qui eurent lieu dans les opinions qu'on se faisait sur la nature de l'affection. A un moment donné, on ne vit plus dans le torticolis spasmodique qu'une lésion locale dépendante d'une lésion nerveuse. De général qu'il était, le traitement devint purement local. C'est alors qu'on vit tenter par les Allemands l'élongation et la résection du spinal et l'électricité être appliquée sous toutes ses formes à la guérison d'une affection que nous avons rangée parmi les maladies nerveuses générales.

Nous allons reprendre un à un chacun des traitements qui ont été en honneur ; nous les apprécierons en citant les cas dans lesquels, à notre avis, ils ont donné des résultats satisfaisants, et nous terminerons enfin ce travail par l'exposé du traitement rigoureux que nous ferions suivre à un malade atteint de torticolis spasmodique.

Dans une maladie qui se traduit par une excitation nerveuse générale,

par des décharges trop considérables du côté de l'appareil nerveux central, par des mouvements spasmodiques dans les muscles, la première indication à remplir est formelle : il faut attaquer le mal dans sa source, diminuer l'intensité dynamique de l'appareil et la conductibilité trop grande des électrodes. On l'a essayé dans le torticolis spasmodique comme dans les autres névroses, en administrant au malade des doses plus ou moins considérables de bromure de potassium, de camphre, d'ammonium, etc. En France, le bromure de potassium n'a guère été donné au-dessus de 4 gram. : notre malade en prenait 2 gram. par jour ; mais les Anglais sont plus courageux que nous en thérapeutique, et nous avons vu, dans notre sixième Observation, M. Ormsby ordonner à son malade, associés, 22 gram. de bromure d'ammonium et 15 gram. de bromure de potassium, à prendre dans les vingt-quatre heures. — Ces doses-là paraîtront suffisantes aux plus exigeants, et néanmoins le malade ne ressentit aucun bien de ce traitement médical ; à peine avait-on remarqué que les spasmes retardaient leur apparition de deux ou trois minutes après le réveil du patient, qui ne souffrait pas pendant son sommeil.

Les antispasmodiques, malgré leur insuccès, répondent néanmoins à une indication formelle ; mais on ne doit pas oublier, dans la pathologie des affections nerveuses, que les causes en apparence les plus disparates produisent les mêmes phénomènes morbides. Si la surexcitation, qui tient sous sa dépendance l'état spasmodique, est due à une charge trop faible de l'appareil nerveux, c'est-à-dire à l'anémie, à la nutrition insuffisante des cellules, on devra recourir aux toniques, tels que le fer, le quinquina, etc.

A toutes les époques, les médecins se sont préoccupés de cette débilitation de l'organisme, et rien n'a été épargné pour parer aux inconvénients qu'elle entraîne à sa suite. Aujourd'hui plus que jamais, par un régime spécialisé, par une hygiène bien entendue, on aide au travail nerveux chargé de régulariser la nutrition du malade ; nous avons même à notre disposition une ressource mieux connue, sinon toute nouvelle : l'hydrothérapie. Les douches générales sont un excellent tonique du système nerveux, et, comme nous l'avons déjà relaté dans l'Observation I, M. X... en prenait une tous les deux jours.

Nous aurions à signaler encore beaucoup de médicaments qui ont été employés pour remplir la même indication, mais la plupart du temps l'empirisme seul a présidé à leur administration. On avait besoin d'un remède ; on a essayé une foule d'agents qui n'ont jamais du reste donné de résultats sérieux. Aussi les passerons-nous sous silence ; qu'il nous suffise d'avoir nommé : le sulfate de strychnine, le valérianate de zinc et le chloroforme. Avec eux, nous pourrions clore la liste des ressources médicales employées contre le torticollis spasmodique, si l'électricité et ses applications ne tenaient le milieu entre la thérapeutique qui est du domaine de la médecine, et celle qui appartient exclusivement à la chirurgie. Elle a pris, dans ces derniers temps surtout, une très grande place dans le traitement des maladies nerveuses, et c'est à elle en grande partie que nous devons attribuer le succès obtenu chez le malade que nous avons observé à l'hôpital Saint-Éloi. M. le professeur agrégé Regimbeau, chez qui il a reçu des soins qu'il ne pouvait avoir dans nos salles de clinique, a bien voulu nous communiquer à son sujet une Note importante que nous transcrivons textuellement.

« Ce malade fut soumis d'abord à l'électricité statique (vent électrique, au moyen des excitateurs en cuivre) pendant deux séances. Après chaque séance, exaspération des symptômes ; la douleur augmenta et les mouvements choréiques reparurent. Le patient demanda alors à être traité par les courants continus, dont on faisait d'ailleurs usage à l'hôpital. J'accédai à sa demande et je fis l'application des courants continus descendants, le pôle positif sur le haut de la région cervicale, le négatif à la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien, avec une déviation de trente milli-ampère ; immédiatement après, excitation des antagonistes au moyen des courants induits.

» Au bout de huit jours de ce traitement, voyant que nous n'arrivions à aucun résultat, je repris le traitement par l'électricité statique.

» A partir de ce moment, nous avons eu une amélioration manifeste. L'épaule s'est complètement abaissée, le malade peut tenir la tête droite et la tourner complètement du côté droit. Nous allons certainement vers la guérison.

» Les séances sont d'une demi-heure. Je place chaque fois trois excitateurs à pointe en cuivre, l'un à la région cervicale supérieure et postérieure, l'autre sur la partie latérale du cou, et le troisième sur la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien. Après chaque séance, le malade accuse un peu plus de raideur, raideur qui se dissipe d'ailleurs complètement au bout d'une heure.

» Il me semble que l'amélioration doit être attribuée à l'électricité statique. »

Nous sommes complètement de l'avis de M. Regimbeau, mais nous devons ajouter, pour être complet, qu'à l'hôpital notre malade était aussi traité régulièrement par les courants continus descendants sur les muscles contracturés et par la faradisation du sterno-cléido-mastoïdien du côté opposé.

Que faut-il penser de l'emploi de l'électricité dans le traitement du spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoïdien ? Nous ne pouvons en effet porter une appréciation consciencieuse qui serait basée sur une seule observation. Les débuts ne furent pas encourageants. Duchenne (de Boulogne) s'exprime ainsi dans son *Traité sur l'électrisation localisée* : « Le pronostic de cette affection musculaire est fâcheux, et le spasme fonctionnel résiste généralement à toute espèce de traitement, et même, je dois le déclarer tout de suite, à la thérapeutique faradique ou à l'application des courants continus, quel qu'en soit le mode d'administration ».

Il ressort de ces observations que la faradisation localisée, de quelque manière qu'il l'ait appliquée, n'a jamais été couronnée de succès, et il croit pouvoir même en conclure que la lésion qui produit le spasme est bien d'origine centrale.

Dans le *Journal médical de New-York* (10 février 1880), le Dr Mac Lane Hamilton étudie cette question avec tous les détails qu'elle comporte. D'après lui, beaucoup d'auteurs auraient parlé du traitement du torticollis par l'électricité, mais personne ne l'aurait fait avec autant de compétence que MM. Tibbits et Russel Reynolds. Voici le résultat de leurs expériences : M. Tibbits a obtenu de beaux succès, et M. Russel Reynolds pense que la

maladie nettement déclarée ne peut être influencée ni par les courants galvaniques ni par les courants induits.

Il est en cela d'un avis conforme à celui de Duchenne (de Boulogne). On peut bien, dit-il, obtenir une amélioration momentanée. Au moyen des courants induits, on amènera la tête dans sa position normale ; mais enlevez vos électrodes, laissez écouler quelques minutes, et bientôt vous lui verrez reprendre sa position vicieuse. M. Wilks préconisa la faradisation des muscles du côté sain ; il a constaté, ainsi que Reynolds, une exagération considérable de l'excitabilité du muscle malade par les courants interrompus. Par les courants continus, au contraire, on a vu le courant de trente éléments Daniell ne point produire la contraction du sterno-cléido-mastôidien. Le malade, du reste, à qui M. Wilks avait fait suivre un pareil traitement, n'éprouva aucune amélioration. Après cet exposé historique, M. Hamilton fait connaître un procédé d'électrisation qui lui a réussi plusieurs fois ; nous ne pourrions mieux faire que d'en donner la traduction : « Je désire, dit-il, indiquer un traitement qui n'a pas été décrit, que je sache, par un autre avant moi. Je ne trouve en effet nulle part mentionné l'emploi simultané des deux courants électriques dans le but d'obtenir un double effet physiologique.

» Au commencement de 1879, mon attention fut attirée pour la première fois de ce côté par un malade soigné par mon ami le Dr Findlay (de la Havane), et qui s'était trouvé grandement soulagé par l'emploi de l'électricité. Ne sachant rien sur la manière dont le Dr Findlay employait cet agent, je commençai une série d'expériences ayant pour but de déterminer la meilleure forme d'électrodes et la meilleure manière de les appliquer. Après quelques tâtonnements, j'arrivai à procéder avec méthode.

Je fis faire une électrode portant deux plaques métalliques recouvertes d'une éponge ; l'une de ces plaques est en rapport avec le pôle positif d'une batterie de vingt éléments ; l'autre avec le pôle négatif d'une machine d'induction. Cette électrode double est destinée à être appliquée à la région postérieure du cou, les deux plaques métalliques formant les points d'application des appareils galvanique et faradique et étant isolées l'une de l'autre par une plaque centrale en cuir durci. Toute espèce d'électrode

double peut être employée et remplira aisément le but voulu. Le pôle *néga-*
tif de l'appareil galvanique est placé sur l'insertion inférieure du sterno-
mastoidien *du côté* malade, de manière à faire passer un courant descen-
dant dans le muscle contracturé, tandis que sur l'insertion du muscle de
l'autre côté on place l'électrode fixée au pôle *positif* de l'appareil d'induc-
tion ; par là, le muscle antagoniste du muscle malade est soumis à l'influence
d'un courant faradique ascendant.

» Ce traitement a été uniquement suggéré par des considérations sur les
effets physiologiques des courants sur le tissu musculaire. Dans le torti-
colis de la variété spasmodique, il y a sans doute, d'un côté un état de
spasme tonique, tandis que de l'autre le muscle antagoniste se trouve dans
une condition de tonicité moindre, par suite de la distension à laquelle le
soumettent la position de la tête et la contraction continuelle. Il est bon
de noter que la condition dans laquelle se trouve le muscle antagoniste est,
dans l'espèce, plus mauvaise que celle de tout autre muscle antagoniste ;
dans une autre région, en effet, il y a plus de laxité et un repos plus facile
que dans celle-ci, où le poids de la tête devient un facteur qui entretient
la maladie en empêchant le muscle du côté opposé d'être dans de bonnes
conditions pour recevoir l'influence salutaire du traitement. Une paralysie
qui n'est pas accompagnée de contractions et qui, par suite, n'entraîne pas
des tiraillements continuels dans les muscles antagonistes des muscles ma-
lades, cette paralysie est, on le sait, beaucoup plus heureusement influencée
par l'électricité si le spasme (qui existe toujours à un certain degré) est
supprimé par un moyen quelconque, tel que, par exemple, les appareils
de Van Bidder et Delmold pour le traitement de la paralysie saturnine et
faciale.

» Le premier malade que j'eus à soigner présentait un spasme clonique
d'une variété très tenace et très rebelle ; de plus, il existait depuis plusieurs
années. Outre son torticolis, le malade souffrait de douleurs s'irradiant le
long du bras ; il avait beaucoup d'inquiétude mentale et peu de sommeil ;
la difformité était considérable, la tête étant complètement abaissée sur
l'épaule gauche et la face regardant à droite. Les deux courants, em-
ployés comme il a été dit plus haut, ramenèrent la tête à la position nor-

male ; elle resta ainsi quelque temps après la séance. Ce traitement fut répété plusieurs fois par semaine, mais l'amélioration ne fut pas constante et le malade passa dans d'autres mains..

» Le second malade éprouva, après deux mois de traitement, une amélioration si grande, qu'il discontinua les visites. Au mois d'août 1879, il souffrait depuis cinq ou six mois d'un torticolis tonique. La maladie avait débuté par une douleur sourde et par de la fatigue dans les muscles malades, signes qui étaient augmentés par les efforts constants que le malade faisait pour ramener sa tête dans une position normale. Il avait essayé successivement les courants faradiques, des injections hypodermiques d'atropine et la cautérisation ; le tout sans aucun résultat. Les deux courants employés pendant deux mois, et d'abord chaque fois pour une séance de dix minutes pendant six semaines, puis deux séances par semaine, amenèrent une disparition complète de la difformité. Par moments, le patient tenait lui-même les deux électrodes antérieures, tandis que la main gauche inoccupée pressait sur le côté gauche et postérieur de la tête. Aucun autre traitement ne fut fait. Un autre malade, actuellement en traitement, en éprouve une grande amélioration.

» Pour les variétés de torticolis auxquelles se rattachent des mouvements convulsifs, il y a plusieurs traitements en vogue, et ils ont obtenu des succès. De ce nombre ont été dans certains cas les pulvérisations d'éther, soit médiate, soit immédiate : dans le premier cas, on les applique à la nuque ; dans le second, au muscle malade lui-même, et on les prolonge pendant cinq minutes. Ailleurs, les injections hypodermiques de sulfate d'atropine ont modifié le spasme d'une manière marquée ; j'en puis dire autant des doses élevées de teinture de *Gelsemium sempervirens*, qui ont diminué le spasme dans des cas très graves. Dans un cas rapporté par Rudelffe, on obtint, par des injections hypodermiques de liqueur de Fowler, une légère amélioration. »

Cette absence d'uniformité dans les résultats obtenus d'une part, d'autre part ce fait que l'électricité est d'un si grand secours dans le traitement d'autres affections spasmodiques, nous portent à croire qu'un plus grand nombre de malades obtiendraient une amélioration de leur état si le traite-

ment était dirigé dans le sens des indications pathologiques, qui, après tout, sont assez claires.

Les premiers appareils de chirurgie employés dans le traitement du torticolis spasmodique furent destinés à combattre l'élément spasmodique, en aidant la contraction volontaire, continue, des muscles antagonistes. Nous avons rapporté un cas de guérison de ce genre emprunté à Duchenne (de Boulogne). L'affection datait de trois ans ; elle avait été rebelle à une médication active et à la faradisation des muscles antagonistes appliquée pendant six mois.— Malgré ce beau résultat, il ne faut pas oublier que tous les appareils du monde ne feront que fatiguer le sterno-mastoïdien contracté dans un spasme vicieux ; ce moyen thérapeutique nous semble antiphysiologique, car le spasme est un signe d'innervation incomplète ou irrégulière ; il faudra donc rechercher un traitement qui aura pour but de diminuer l'irritabilité du muscle contracturé en même temps que d'augmenter l'énergie et d'améliorer la nutrition du muscle antagoniste.— Dans bien des cas, l'élément hystérique existe dans cette affection, et il est évident que des moyens de contention et des irritants musculaires seront alors plus nuisibles qu'utiles. — Cette appréciation n'infirme en rien le résultat obtenu par Duchenne (de Boulogne) ; il dit lui-même qu'il n'a pas la prétention d'établir sur un seul fait la valeur de cette espèce de gymnastique, il la signale pour engager les praticiens à l'expérimenter. Nous ne nions pas les avantages qu'on peut retirer de ce procédé dans certains cas de torticolis ; mais dans le *spasme fonctionnel* il a, à nos yeux, le grand inconvénient de ne viser que l'état local. La chirurgie, malheureusement, ne fait pas toujours le cas qu'elle devrait de l'état général du malade ; il faut se souvenir qu'il n'est pas toujours possible de porter le bistouri où siège la lésion ; qu'en bonne thérapeutique on combat la cause avant d'obvier aux symptômes. Les médecins avaient, dans le traitement du torticolis spasmodique, soigné l'état général sans se préoccuper outre mesure de l'état local. Les chirurgiens tombèrent dans l'excès contraire ; ceux qui admirent la lésion musculaire s'en prirent aux fibres des muscles contracturés ; ceux qui acceptèrent l'idée plus éclairée d'une lésion du spinal, s'imaginèrent guérir leurs malades par l'élongation ou l'excision de ce nerf. Le procédé

de la section musculaire remonte déjà bien loin dans l'histoire du torticolis ; lorsqu'on le préconisa dans le traitement du spasme fonctionnel, il avait déjà été employé bien souvent contre les autres espèces de torticolis ; il donna peu de résultats.

C'est à un chirurgien anglais, Morgan, qu'on doit le premier cas d'élongation du spinal. Les Allemands s'emparèrent de ce mode de traitement et, en changeant le manuel opératoire, finirent par se persuader qu'à eux seuls revenait l'honneur de l'avoir découvert. Ce qu'il y a de vrai, c'est que c'est surtout en Allemagne que ce mode de traitement a été expérimenté ; il aurait même donné quelques succès, à en croire la vogue dont il a joui. Le malade de Morgan fut guéri.

Nous en citons un exemple emprunté à la *Lancette* anglaise. Dans ce cas, l'opération ne fut pas suivie d'un résultat satisfaisant, et le D^r Annandale dut recourir à la résection du spinal. — M. Tillaux, dans la communication de son observation à l'Académie de Médecine, s'exprime ainsi sur ce sujet : « Par le temps d'élongation des nerfs qui court, je m'étais demandé si je ne ferais pas l'élongation, qui m'aurait permis de ménager l'innervation des organes dans lesquels se distribue la branche externe du spinal. » Il y renonça pour plusieurs raisons : d'abord, dans le cas particulier, on n'a pas à s'occuper de l'innervation du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, puisque ces deux muscles sont encore innervés par des filets venus des quatre ou cinq premiers nerfs cervicaux. En second lieu, nous avons vu que la branche interne du spinal prend sa source sur le plancher du quatrième ventricule, au niveau du bec du calamus scriptorius. Or, en pratiquant des tractions sur le tronc du spinal, on doit nécessairement secouer le bulbe, ce qu'on ne peut faire sans un danger immédiat pour le malade, malgré ce qu'en pourraient faire accroire les expériences de Cl. Bernard rapportées dans notre chapitre de Physiologie. Ces quelques lignes résument exactement notre opinion sur l'élongation du spinal, et, en toutes circonstances, nous sommes disposé à préférer la section du nerf.

Voici comment M. Tillaux s'y est pris pour exécuter cette dernière opération, qui n'avait pas encore été pratiquée en France et très peu souvent à l'étranger.

« Une ligne horizontale fut tirée de l'angle de la mâchoire ; elle marquait d'une façon assez exacte le point où le nerf sort de la loge parotidienne. Une autre ligne horizontale, tirée du bord supérieur du cartilage thyroïde, indiquait d'une manière non moins exacte le point où le nerf pénétrait dans le muscle.

» L'incision fut faite le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien ; elle avait 6 centim. et était comprise entre les deux lignes horizontales dont nous venons de parler.

» Le bord du muscle, mis à nu avec beaucoup de précautions, fut soulevé avec un écarteur, et le nerf se trouva distendu sous forme d'une corde facilement appréciable. »

Le résultat de cette opération fut, sinon la guérison complète, du moins une amélioration très notable. — Dans l'observation du docteur anglais Annandale, nous avons vu le malade guéri définitivement par la section du spinal après que l'élongation avait été infructueuse.

Ce procédé opératoire a donc été, jusqu'à nos jours, le traitement qui a le mieux réussi dans le spasme fonctionnel des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze ; il n'est pas dangereux, et le praticien pourra y recourir sans trop se préoccuper des conséquences du traumatisme. — Mais est-ce la première médication à essayer ? Nous ne le pensons pas.

Bien souvent, dans le torticolis spasmodique fonctionnel, le traitement général sera d'une grande utilité, et c'est par lui que nous commencerons. — Si le malade est anémique, nous le tonifierons ; nous soignerons chez lui, si nous avons pu les découvrir : le rhumatisme, la goutte, l'hystérie, l'arthritisme, toutes les diathèses qui ont préparé le terrain à la maladie actuelle. Nous ne délivrerons pas ainsi le patient du spasme qui le préoccupe, mais nous l'aurons mis dans des conditions favorables pour que le traitement local puisse lui faire quelque bien, et nous aurons alors recours à l'électricité, dans l'emploi de laquelle nous tâcherons de suivre les indications pathologiques. — Enfin, si l'électricité elle-même ne réussissait pas, en dernière ressource nous tenterions, non l'élongation, mais la section du spinal, qui, c'est notre opinion, donnera toujours un résultat favorable lorsqu'on n'attendra d'elle que la guérison d'une manifestation locale.

CONCLUSIONS.

Il existe une affection spasmodique curieuse qui se localise dans la région innervée par le spinal.

Elle est le plus souvent sous la dépendance d'un mauvais état général du système nerveux. On a pu l'assimiler avec raison à la névrose décrite sous le nom de *crampé des écrivains*.

Cette affection est heureusement modifiée, suivant les cas, par un traitement général approprié, par l'hydrothérapie, par les toniques, par l'électricité, et enfin par la section du spinal.

Vu :
Le Président-Censeur,
DUBRUEIL.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

La teinture d'iode. Du meilleur moyen de prescrire la dissolution d'iode pour injection.

Physique médicale.

Détermination de la température moyenne d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Comment s'opère la fécondation végétale ?

Anatomie.

Origine et distribution des arcades artérielles palmaires.

Physiologie.

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie et thérapeutique générale

Qu'est-ce qu'une diathèse ?

Pathologie médicale ou interne.

Du phlegmon diffus.

Pathologie chirurgicale ou externe.

De la hernie crurale.

Thérapeutique et Matière médicale.

Appréciation de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Opérations et Appareils.

Des pansements à l'alcool et à l'aide des teintures alcooliques.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

Du régime alimentaire des opérés.

Accouchements.

Quels sont les inconvénients, pour l'enfant, de l'emploi du seigle ergoté?

Clinique interne.

De la péritonite aiguë.

Clinique externe.

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Titre de la Thèse à soutenir.

Du Torticollis fonctionnel.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!